FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1970

# THÈSE

N° 465

POUR LE

## DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

**Guy, André, Louis, Charles SALFATI**

Né le 14 Avril 1941 à Tunis

*Externe des Hôpitaux de Paris*

*Présentée et soutenue publiquement le*

# LES PRIMO-INFECTIONS DES ENFANTS DES TRAVAILLEURS MIGRANTS

Président : Monsieur R. MANDE (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE

8, Rue Casimir-Delavigne

PARIS-VI°

1970

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

-:-

Année 1970 N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Guy, André, Louis, Charles SALFATI

Né le 14 avril 1941 à Tunis

Externe des Hôpitaux de Paris

-:-

Présentée et soutenue publiquement le

-:-

# LES PRIMO-INFECTIONS DES ENFANTS DES TRAVAILLEURS MIGRANTS

-:-

Président : Monsieur R. MANDE (Professeur)

-:-

DACTYLO-SORBONNE
8, rue Casimir Delavigne
PARIS - 6ème
1970

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A mes Parents,

A ma Femme,

A ma Famille.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544316_0095

A Monsieur le Professeur R. MANDE,

Professeur à la Faculté de Médecine
de Paris,
Chevalier de la Légion d'Honneur,

Qui m'a fait l'honneur de
bien vouloir présider
cette thèse,

Qu'il trouve ici l'expression
de notre sincère recon-
naissance pour l'enseig-
nement qu'il nous a dis-
pensé.

A Monsieur le Docteur P. STRAUS

Ex-Chef de Clinique à la Faculté
Attaché à l'Hôpital Bretonneau,

Qui nous a guidé dans la recherche de la documentation et dans la rédaction de cette thèse,

En témoignage de notre gratitude.

A Monsieur le Docteur H. MULER,

Otorhinolaringologiste des Hôpitaux de Paris,

Qu'il trouve ici le témoignage de notre plus profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur HANOTEAU

A Monsieur le Docteur MINVIELLE

# LES PRIMO-INFECTIONS DES ENFANTS DES TRAVAILLEURS MIGRANTS

-:-

# INTRODUCTION

-:-

Au cours de l'année 1969, le service de Monsieur le Professeur MANDE à Bretonneau, a reçu 14 cas de tuberculose chez des enfants. Ce chiffre paraît tres faible si on le considère isolément, mais comparé aux 4 cas de l'année 1968, il nous a rappelé, s'il en était besoin, que la tuberculose n'est pas une maladie totalement vaincue.

Au cours de cette même année 1969, le problème des travailleurs migrants a souvent été soulevé dans de nombreux domaines. L'hospitalisation de ces travailleurs ou de leur famille est un de ces problèmes.

Nous avons constaté que s'il y avait eu 2 cas de primo-infection en 1968 chez des enfants de ces travailleurs étrangers, il y en avait eu 4 en 1969.

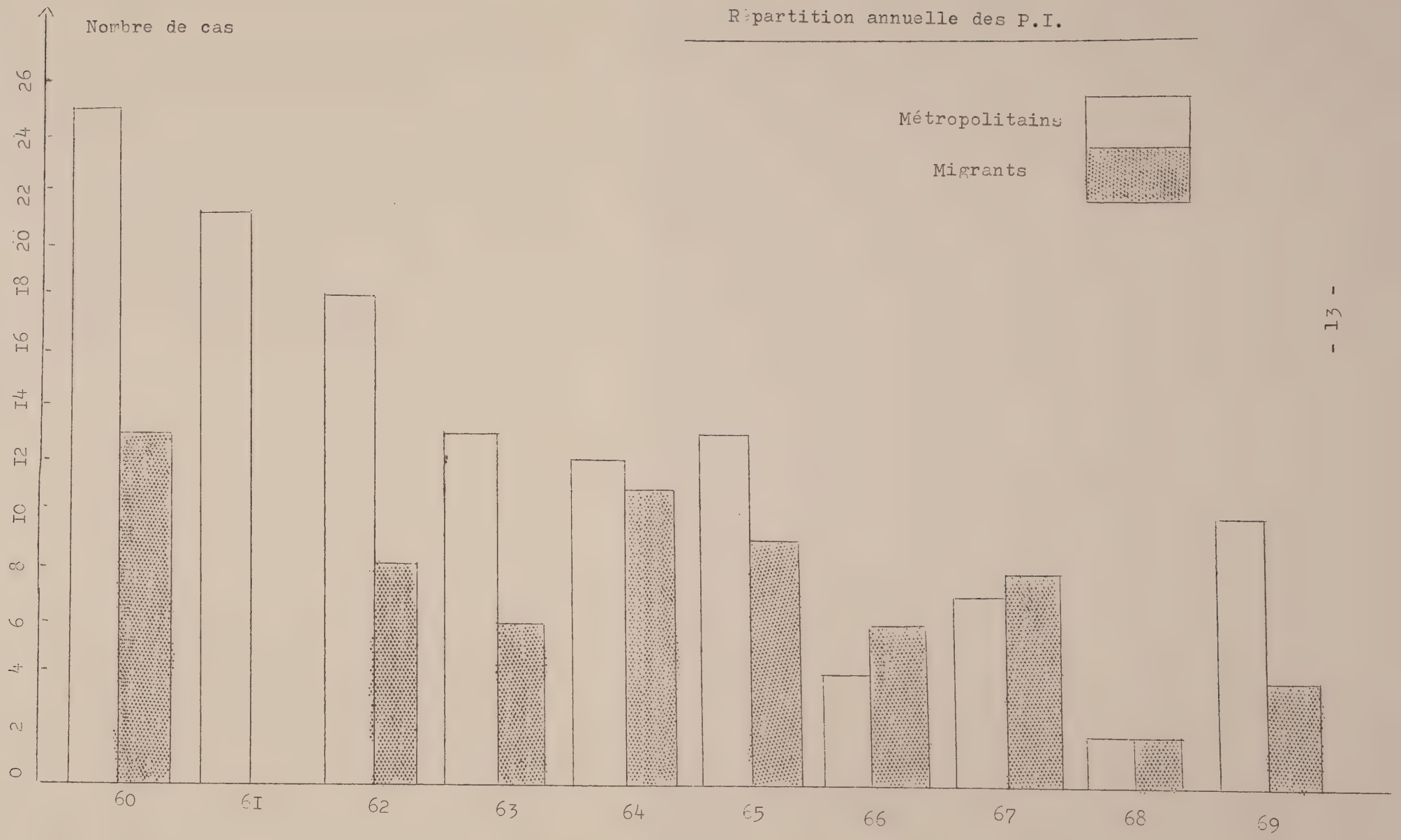
Frappés à la fois par cette recrudescence de primo-infection tuberculeuse et par les problèmes de cette population étrangère, nous avons tenté, à partir des dossiers des 10 dernières années, du service de l'hôpital Bretonneau, de dégager quelques faits, concernant les différentes manifestations de la primo-infection et de leurs conséquences sur le plan socio-familial.

Nous nous sommes attachés tout particulièrement à comparer les deux populations, migrants et métropolitains.

Nous avons utilisé ainsi 196 dossiers. Certes, cette enquête n'embrasse que les dossiers d'un seul service. Elle est donc marquée par son caractère très localisé géographiquement Néanmoins nous pensons qu'elle reflète assez bien la situation de la région parisienne et en particulier de sa population étrangère face au problème de la tuberculose.

-:-

Répartition annuelle des P.I.



## CONDITIONS DE TRAVAIL

L'épidémiologie de la tuberculose des enfants s'est beaucoup modifiée au cours des dix dernières années. On a noté, dans l'ensemble une diminution régulière des primo-infections, qui est allée s'accélérant les dernières années. Cependant la tuberculose des adultes ne diminuait pas avec la même rapidité et l'on observait encore une proportion élevée de Tuberculose parmi les immigrants. Il nous a semblé intéressant de voir la part que tenait la tuberculose des enfants de ces travaillleurs migrants, dans l'épidémiologie de la tuberculose infantile dans un quartier populaire de Paris.

Nous avons utilisé pour cette enquête, les dossiers du Service de Monsieur le Professeur KAPLAN et de Monsieur le Professeur MANDE de l'hôpital BRETONNEAU.

Nous avons limité cette étude aux dix dernières années, c'est-à-dire à la période allant de 1960 à 1969 inclus. Nous avons obtenu la collaboration de notre assistance sociale et des services sociaux, pour compléter les renseignements apportés par nos dossiers. Enfin nous avons visité les Centres de placement de BULLION et de YERRES. Les médecins chefs de ces établissements nous ont fait part de leur expérience et nous ont communiqué les éléments de l'évolution, proche et plus lointaine, des primo-infections qui leur avaient été confiées.

## A - ETUDE DES DOSSIERS.

L'étude des dossiers d'un service hospitalier est souvent décourageante. Les renseignements qu'on y recherche, ne sont pas tous mentionnés.

Certes les renseignements d'ordre médical, clinique, examens complémentaires, évolution, sont en général bien notés, mais dès que l'on dépasse le cadre strictement médical, on se heurte à de nombreuses inconnues.

L'enquête sociale est souvent inexistante ou bien incomplète. Malgré tout, il a été possible avec les renseignements complémentaires apportés par notre assistante sociale, de retirer de ces dossiers, un certain nombre d'indications que nous avons exploitées de façon systématique et que nous détaillons ci-dessous :

Etat civil :

- Nom
- Nationalité
- Lieu et date de naissance
- Durée du séjour en France

Renseignements Médicaux :

- Mode de découverte
- Signes cliniques de début
- Evolution
- Contamination
- Existence ou non d'un B.C.G.
- Durée de l'hospitalisation
- Mode et conditions de sortie du service.

Renseignements Sociaux :

- données de l'enquête
  . constitution de la famille
  . fratrie
  . conditions de logement

B - LES SERVICES SOCIAUX.

Ils ont, dans la mesure du possible, complété nos renseignements en particulier sur les données de l'enquête de dépistage de l'entourage et particulièrement sur la recherche du contaminateur.

De même, quelques notions, sur la constitution de la famille, sur les conditions de logement, proviennent des dossiers de l'Assistance Sociale du Service.

Enfin une correspondance avec l'O.P.H.S. et les Dispensaires a permis dans une certaine mesure, de compléter nos informations.

C - LE PLACEMENT.

Nos dossiers, s'arrêtent au dernier jour de l'hospitalisation Ils ne comportent aucun renseignement sur le placement ni sur l'évolution après la sortie (sauf quelques cas où les enfants ont été réhospitalisés où sont suivies en consultation).

Dans l'échantillon étudié, la majorité des enfants ont été placés au Centre de Protection infantile de BULLION. Monsieur le Docteur MINVIELLE, médecin chef de cet établissement a eu l'amabilité de nous confier les dossiers des enfants placés par nos soins, dans son établissement, et il a bien voulu nous faire profiter de sa grande expérience. De même, Monsieur le Docteur HAUTEAU, médecin chef du Préventorium d'YERRES, a eu l'obligeance de nous recevoir dans son établissement et de nous confier toutes les données qui nous manquaient.

Là encore nous avons exploité ces renseignements de manière systématique :
. durée du placement
. évolution et traitements

. mode de sortie
. rapports avec la famille
. compléments à l'enquête sociale ou médicale (éventuellement)

A l'issue de ce travail, nous avons donc exploité 196 dossiers de Primo-Infections, hospitalisées dans le service de l'Hôpital Bretonneau de 1960 à 1969.

Ces 196 malades se répartissent en 125 métropolitains et 71 enfants de migrants.

Nous avons considéré comme enfants de migrants tous les enfants, de nationalité étrangère, qu'ils soient nés ou non en France. Nous y avons ajouté deux cas de Français rapatriés d'Afrique du Nord, du fait de l'importance de la transplantation dans ces cas.

## ETUDE MEDICALE

Nous avons cherché à établir une comparaison entre les 125 cas d'enfants métropolitains et les 71 dossiers de transplantés. Là encore, nous avons systématisé notre recherche.

### 1. Le Mode de Découverte

- Virage de tests tuberculiniques, découvert lors d'un examen systématique
- dépistage après découverte d'une tuberculose dans l'entourage
- diagnostic posé au cours d'une hospitalisation
- tests tuberculiniques pratiqués en vue d'une vaccination.

### 2. Les Formes de Primo-Infections

- virage simple des tests tuberculiniques
- Primo-infection avec complexes ganglionnaires
- Primo-infection avec troubles de ventilation
- autres formes : - dissémination méningée
  - dissémination pleurale
  - granulie
  - érythème noueux, etc...

### 3. L'Evolution.

- guérison simple
- guérison avec séquelles
- complications : compression bronchique
  fistulisation ganglionnaire
  dissémination séreuse
  dissémination méningée

. évolution inconnue

4. Le Traitement

. cure sanatoriale
. antibiotiques
. corticoïdes
. chirurgie

5. Le B.C.G.

. existence ou non d'une vaccination
- chez le malade
- dans la fratrie

Le Mode de Découverte.

Dans la moitié des cas, les enfants sont hospitalisés sans que le diagnostic de primo-infection soit posé. (voir tableau 1).

Les enfants sont hospitalisés pour un mouvement fébrile, parfois brutal, avec des signes évoquant une pneumopathie ou une atteinte des voies aériennes supérieures.

D'autrefois c'est un tableau trompeur qui envoie l'enfant à l'hôpital :
- hyperpyrexie sans signes de localisation
- troubles digestifs avec douleurs abdominales à tel point que 3 enfants sont arrivés dans le service après un séjour de quelques en jours en chirurgie.

La plupart de ces hospitalisations sont directes. Aucun médecin de ville n'a conseillé l'hospitalisation et même quand cela arrive, ce sont presque toujours des considérations sociales qui ont poussé à l'hospitalisation.

Pour tous ces enfants, cuti et timbres, pratiqués systématiquement, dès l'entrée dans le

MODES DE DECOUVERTE

| | MIGRANTS | | NON MIGRANTS | |
|---|---|---|---|---|
| | Nombre de cas | % | Nombre de cas | % |
| Examen systématique | 17 | 24 | 33 | 26,4 |
| Enquête après découverte d'une tuberculose dans l'entourage | 17 | 24 | 13 | 10,4 |
| Test prévaccinaux | 2 | 3 | 15 | 12 |
| Maladie intercurrente ou au cours d'hospitalisation | 35 | 49 | 64 | 51,2 |

service, révèlent l'apparition de l'allergie tuberculinique.

Certains enfants sont hospitalisés avec le diagnostic d'érytheme noueux. Ce n'est qu'en cours d'hospitalisation qu'on fait la preuve, de l'origine tuberculeuse de ces dermo-hypodermites (7 cas).

De même quelques réactions révèlent une atteinte par le Bacille de Koch. Ces méningites tuberculeuses (7 cas) peuvent être isolées ou associées à des manifestations pulmonaires, et en particulier à une granulie passée inaperçue.

Enfin notre enquête compte :

- 4 pleurésies sérofibrineuses
- 1 miliaire isolée
- 1 ascite tuberculeuse
- 1 abcès froid
- 1 adénite cervicale tuberculeuse.

L'autre moitié des enfants est adressée par des médecins de ville, d'O.P.H.S., de dispensaires, pour un virage de tests tuberculiniques récent.

Ce virage a été découvert de façon plus ou moins fortuite, après la pose d'un timbre, ou la pratique d'une cuti ou d'une intradermo-réaction.

Ces examens sont le plus souvent systématiques mais parfois ils sont justifiés par quelques signes d'appel : asthénie, anorexie, fébricule, amaigrissement, toux, etc. ...

D'autres fois, il s'agit de tests tuberculiniques pratiqués en vue d'une vaccination.

Enfin il peut s'agir d'un dépistage systéma-

tique après la découverte d'une tuberculose dans l'entourage de l'enfant.

Quand on compare la répartition de ces différents modes de découverte, entre les deux populations qui font l'objet de cette étude, on constate (tableau 1) que :

- 64 sur 125 enfants métropolitains sont hospitalisés sans diagnostic
- 35 sur 71 enfants de migrants sont dans la même situation.

Ces chiffres sont donc comparables.

Examinons maintenant le cas des enfants arrivant à l'hôpital avec des tests positifs, connus.

Les tests ont été pratiqués au cours d'examens systématiques 17 fois sur 71 pour les étrangers et 33 fois sur 125 pour les métropolitains. Là encore il n'y a pas de différence notable. Par contre 17 enfants migrants soit 24 % et 13 français seulement soit 10,4 % ont été dépistés après une enquête pour tuberculose dans l'entourage. Il est logique de trouver un plus grand nombre d'enfants étrangers dans ce groupe, puisque ce sont justement les adultes d'origine étrangère, qui sont actuellement les plus exposés à la tuberculose.

C'est souvent le père, l'oncle ou le grand-père de ces enfants qui présentent une tuberculose et c'est l'enquête menée dans leur entourage qui révèle l'apparition de l'allergie tuberculinique chez l'enfant.

Il est significatif de constater que la primo-infection a été découverte pour 15 enfants métropolitains, aux cours de tests prévaccinaux, alors que deux enfants de migrants seulement ont été dépistés dans les mêmes circonstances. Cela traduit, certainement, les difficultés de

la surveillance et de la propnylaxie d'une population peu instruite de ces problèmes de prévention.

-:-

## LES FORMES DE PRIMO-INFECTIONS

Différents aspects sont réalisés :

- virages simples de tests tuberculiniques sans signes cliniques ou radiologiques
- virages de tests tuberculiniques accompagnés d'une altération de l'état général mais sans signes radiologiques
- virages des tests tuberculiniques avec images radiologiques
- complexes ganglionnaires avec troubles de ventilation
- manifestations extra pulmonaires : érythème noueux, méningite, pleurésie, etc...

L'aspect des primo-infections des enfants de migrants, et celui des autres enfants, au moment de la découverte de la maladie, ne sont pas tout à fait semblables.

Les 71 enfants de travailleurs migrants se répartissent comme suit :

- 19 virages simples soit : ..... 27 %
- 27 complexes gangliopulmonaires ..... 38 %
- 17 troubles de ventilation ..... 23,8 %
- 8 autres formes de primo-infection 11,2 %

Pour les 125 enfants métropolitains, on compte :

- 37 virages simples ..... 29,6 %
- 53 complexes gangliopulmonaires 42,4 %
- 21 troubles de ventilation 16,8 %
- 14 autres formes de primo-infection 11,2 %

On constate que la seule différence significative porte sur les troubles de ventilation. Les enfants de migrants présentent, assez souvent, et d'emblée des troubles de ventilation. Il faut probablement attribuer cette tendance, au fait que les parents de ces enfants n'ont pas l'habitude de s'inquiéter pour la moindre rhinopharyngite, la moindre toux, ou une petite fièvre. Ils ne consultent que lorsque apparaissent dyspnée et toux intense. D'ailleurs, et on le verra au cours du chapitre consacré à l'évolution, il ne s'agit pas de formes plus graves. L'évolution de ces formes avec troubles de ventilation d'emblée, se confond avec l'évolution des autres formes de Primo-infection compliquée dans un second temps de troubles ventilatoires.

Examinons maintenant les 22 cas d'enfants ayant présenté une autre forme de Primo-infection.

Les 8 étrangers se décomposent en :
3 érythèmes noueux
2 méningites
1 pleurésie
1 ascite
1 adénite cervicale fistulisée

Tandis que pour les 14 métropolitains, on trouve :
4 érythèmes noueux
5 méningites
3 pleurésies
1 miliaire
1 abcès froid

on voit donc qu'il n'y a pas, dans notre échantillonnage, de migrants de formes plus graves d'emblée, comme il était classique de la dire pendant longtemps. Nous ne trouvons en particulier que 2 méningites contre 5 cas chez des autochtones, mais il faut convenir que cette comparaison porte sur des chiffres trop faibles pour être réellement significative.

-:-

## l'EVOLUTION

Nous avons repris chaque type de début et nous avons noté son évolution sous traitement:

- guérison simple sans séquelles
- guérison avec séquelles
- apparition au cours du traitement de complications
- enfin dans quelques cas, évolution inconnue (imprécision du dossier) ou non terminée.

Examinons d'abord les cas de migrants :

. On note 16 guérisons simples sur les 19 virages simples
. Dans deux cas l'évolution est inconnue et un enfant est encore en traitement
. 27 enfants présentaient des complexes ganglio-pulmonaires au début de leur maladie.
  - 17 de ces enfants ont eu une guérison simple sans complications
  - 4 fois la guérison a été obtenue après une fistulisation certifiée par la découverte de Bacilles de Koch au tubage
  - 1 fois il s'est produit un épanchement pleural en cours d'évolution mais sans séquelles
  - 1 seul enfant a présenté de grosses séquelles après fistulisation
  - 3 enfants sont en cours de traitement
  - Pour 1 cas nous savons qu'il y a eu fistulisation, mais on ignore son évolution.
. 11 enfants ayant eu des troubles de ventilation sur 17, ont eu une guérison simple. Dans 4 cas l'évolution a été marquée par des complications, dont une a nécessité une lo-

bectomie.

Enfin deux évolutions sont inconnues.

. 1 méningite a évolué de façon simple l'autre a laissé des séquelles électroencéphalographiques et radiologiques, après avoir présenté des complications pulmonaires.
. 2 enfants ayant présenté un érythème noueux ont eu une guérison simple.
Une autre fois un érythème noueux a présenté des troubles de ventilation au cours de l'évolution, mais avec suites simples.
. La pleurésie a guéri en laissant pour séquelle la constitution d'une pachypleurite
. Enfin l'ascite et l'adénite tuberculeuse ont eu des suites simples.

Nous avons essayé de comparer ces résultats avec ceux des enfants métropolitains.

. Sur les 37 virages simples : 28 enfants ont eu une évolution banale, mais 4 enfants ont présenté sous traitement adénopathies et troubles de ventilation ou pleurésie.

On constate donc quelques cas de complications, mais il s'agit probablement de Primo-infections découvertes tout au début, car les complications sont apparues entre le 16e jour et le 26e jour de l'hospitalisation.

Pour cinq enfants n'ayant présenté qu'un virage de cuti, on n'a pas de notion sur l'évolution, ou bien ils sont encore en préventorium.

. La guérison a été obtenue sans séquelles, ni complications dans 36 cas de Primo-infections avec complexes gangliopulmonaires.
9 enfants sur les 53 de ce groupe ont présenté au cours d'évolution troubles de ventilation ou fistulisation.

Deux fois la guérison est intervenue au prix de séquelles gangliopulmonaires importantes.

Enfin 4 enfants sont encore en traitement et dans deux observations, on n'a pas retrouvé les suites de ces primo-infections.

. 11 enfants ayant eu des troubles de ventilation au départ, ont eu une évolution simple.
7 enfants dans le même cas, ont présenté des complications : infiltrats parenchymateux, ou fistulisation, mais ils ont toujours été guéris sans séquelles.
1 seul cas sur 21 a présenté des séquelles minimes.

Enfin 2 enfants sont actuellement en traitement.
Ces évolutions sont donc comparables à celles observées chez les migrants.

. L'évolution des méningites a été beaucoup plus grave. En effet 1 seul enfant sur 5 a présenté une évolution simple.
Deux cas se sont compliqués de miliaire dont une bacillifère. Une méningite a présenté des séquelles électroencéphalographiques.
Enfin un enfant a fait en 1969 une méningite tuberculeuse après un virage de cuti en 1967. Ce virage a été négligé. Il s'agit d'un cas dramatique puisque cet enfant est actuellement considéré comme encéphalopathe et il est en cure depuis octobre 1969 à BULLION.

. Les quatre cas d'érythème noueux ont évolué comme suit :
3 ont présenté des localisations ganglio-pulmonaires dont une évolution bacillifère.
Un seul cas de guérison simple.
. les 3 pleurésies ont eu des évolutions normales sous traitement.
. la miliaire tuberculeuse a eu une évolution fatale. L'enfant était âgé de 2 mois 1/2.
. enfin l'abcès froid tuberculeux chez un enfant âgé de 2 mois, né de mère tuberculeuse, a présenté une dissémination avec localisation au poumon, au foie, à la rate, qui fut fatale.

Ces 2 derniers cas sont d'ailleurs les deux seuls décès relevés dans nos dossiers.

De cette comparaison, il ressort que les évolutions sont identiques dans les deux groupes, en ce qui concerne les formes pulmonaires courantes, mais il est remarquable de noter que les méningites des métropolitains ont eu des évolutions désastreuses, que les 2 miliaires ont eu, une évolution fatale, et que même pour les érythèmes noueux, un certain nombre de complications sont à noter. Il est impossible de tirer des conclusions de ces faits, car ils ne portent que sur une dizaine de cas et ils ne sont donc pas pleinement significatifs.

-:-

## LE TRAITEMENT

Il dépend essentiellement de l'âge, du terrain, de l'existence ou non de signes généraux et de complexes ganglio-pulmonaires, des conditions sociales de la famille. Ces paramètres interviennent dans le schéma thérapeutique pour fixer la durée du traitement, les conditions de ce traitement, les doses et les médicaments utilisés.

Dans la majorité de nos cas, il y a eu un placement préventorial (162 sur 196) même pour des virages de tests tuberculiniques simples. Ce placement était justifié, dans une grande mesure par les conditions sociales des familles intéressées.

Même si son intérêt est réduit sur le plan thérapeutique pur, cette cure conserve toute sa valeur sur le plan de la surveillance radioclinique. En effet les enfants qui sortent de l'hôpital avec un traitement à suivre à domicile, ne sont pratiquement jamais revus. Certes, cela ne veut pas dire qu'ils ne sont pas traités ou surveillés, mais ils échappent à tout contrôle suivi et le doute persiste.

La durée du placement est variable suivant l'âge et les établissements. Prévannes gardait les enfants de 4 à 7 mois. Par contre Yerres et Bullion traitent pendant huit à douze mois en moyenne.

A l'hôpital, à domicile ou au placement les antibiotiques utilisés sont pratiquement toujours le PAS et l'isoniazide en association.

La corticothérapie a été instituée chez les enfants présentant des troubles de ventilation ou des épanchements pleuraux. C'est toujours la prédnisolone qui a été utilisée. La corticothérapie a rarement dépassé deux mois.

La streptomycine n'a été utilisée que dans les atteintes méningées.

La rifamycine a été utilisée, toujours en association, pour les cas récents.

La durée du traitement à l'hôpital et en placement a été respectivement de 12 mois 21 jours pour les migrants et de 11 mois 15 jours pour les non migrants. Nous ne pouvons évaluer la durée de traitement des enfants confiés à leurs parents, faute de renseignements.

Pour 15 enfants étrangers, on a préconisé à la sortie du placement, une poursuite du traitement à domicile de 2 à 4 mois. Cette mesure n'a intéressé que 19 enfants métropolitains. Il semble que cette rallonge thérapeutique ait surtout un intérêt psychologique. Les enfants étaient tous considérés comme guéris ou stabilisés, mais ils étaient ainsi confiés à des médecins et on espérait ainsi prolonger la surveillance.

Pour terminer, rappelons le cas de méningite apparue au décours d'une Primo-infection non traitée et qui a laissé de graves séquelles et cette autre Primo-infection traitée en ville par le seul rimifon pendant 6 mois, puis hospitalisée dans le service avec une bronchosténose lobaire moyenne gauche.

Nous pensons donc que le traitement doit être systématique dès qu'un virage de tests tuberculiniques apparait. La surveillance radioclinique, la meilleure, ne doit pas faire négliger la mise en oeuvre du traitement. Celui-

ci doit être bien conduit l'association PAS-ISONIAZIDE ayant surtout l'intérêt de couvrir le risque d'une résistance éventuelle du Bacille de Koch à l'un de ces antibiotiques.

La durée du traitement est fonction de l'atteinte initiale et des données de la surveillance radiologique, mais doit certainement être de l'ordre de 10 à 12 mois.

-:-

## [illegible]

Nous avons recherché l'existence ou la non existence d'une vaccination B.C.G. chez nos malades.

Chez nos 71 enfants étrangers, 61 n'avaient certainement pas reçu de vaccination, pour deux nous n'avons pas de notion sur l'existence de ce vaccin, par contre dans 8 observations on avait la notion d'un BCG antérieur.

Nous avons évidemment établi une comparaison avec le groupe des enfants métropolitains :

- 116 enfants n'avaient pas eu le B.C.G.
- 7 fois il n'a pas été possible d'avoir de précisions sur cette vaccination.
- enfin deux enfants métropolitains seulement avaient été vaccinés.

Une première constatation s'impose, les défaillances du B.C.G. paraissent plus importantes chez les enfants de migrants, 11,26 % contre 1,6 % pour les métropolitains.

Nous avons donc repris tous ces cas d'échecs, d'abord pour les migrants.

Observation n° 1.

BOU... Djamel - 1 an 4 mois.
BCG - S en novembre 62 à l'âge de 11 mois alors que le père était dépisté depuis octobre 62 mais sorti du sanatorium contre avis médi-

cal et traité à domicile. Refus du placement B.C.G.
Hospitalisé en février 63 pour rhinopharyngite avec cuti positive non traitée, réhospitalisé en mai 63 avec cuti fortement positive et troubles de ventilation.

Observation n° 2.

GLA... Jacques 5 mois 1/2
B.C.G. - S en août 1964 à l'âge de 3 mois alors qu'il toussait depuis 1 mois, sans vérification des tests ni radios.
Tante dépistée en juin 1964 et traitée à domicile pendant 2 mois.
Enfant hospitalisé en octobre 1964 avec opacité au lobe de Nelson interprétée comme une tumeur mais Bacille de Koch à la culture en janvier 1965 (isoniazido-résistant).
Les radiographies en janvier 1965 montrent des opacités latéro-trachéales et hilaires bilatérales.

Observation n° 3.

LAA... Badia 4 ans.
BCG - ID en 1962 à l'âge de 1 an apres découverte d'une tuberculose chez la mère. Pas de test avant ni après vaccination. En février 1965, ascite avec cuti et timbre fortement positifs.

Observation n° 4.

TAH... Djamel 12 ans 1/2
B.C.G. - S en 1963 à l'âge de 9 ans jamais vérifié.
- pleurésie en 1966

-contaminé par beau-frère tuberculeux depuis 1949 (à signaler que les 6 enfants de ce contaminateur sont atteints et qu'il y a même eu deux décès parmi eux).

o

Observation nº 5.

TAL... Lydia 20 mois.
B.C.G. en mars 1966 à 14 mois.
- cuti et timbre négatifs en juin 1966
- réactivation du B.C.G. en juillet 1966
- père hospitalisé en août 1966 pour tuberculose
- primo-infection sans images radiologiques pour l'enfant et son frère.

o

Observation nº 6.

KSI... Onerhida 27 mois.
B.C.G. - S en 1965 à l'âge de 4 mois, hospitalisé en février 1967 pour bilan d'une cardiopathie congénitale.
Découverte d'une cuti phlyctenulaire sans signes radiologiques.
Père décédé de tuberculose en novembre 1966.

o

Observation nº 7.

DIN... Pascal 21 mois.
- B.C.G. - S à la naissance
- vérifié à plusieurs reprises
- père tuberculeux en octobre 1962 et bacillifère
- enfant hospitalisé en novembre 1962 avec cuti très positive, sans autres signes.

o

Observation nº 8.

HON... Martine 9 ans.
- B.C.G. en 1967 au Dahomey à l'âge de 7 ans.
- jamais vérifié et pas de preuves formelles de vaccination si ce n'est l'affirmation de la famille
- hospitalisée en 1969 avec cuti fortement positive et adénopathies bronchiques
- contaminateur inconnu.

Examinons maintenant les deux cas et échec du B.C.G. chez des métropolitains.

Observation A.

KAL... José 2 ans.
- B.C.G. - S en décembre 1963 à 18 mois
- non contrôlé
- hospitalisé en mai 1964 pour foyer pulmonaire
- cuti positive + adénopathie
- pas de contaminateur connu

o

Observation B.

LUC... Aurélie 11 ans.
- B.C.G. en 1956 à l'âge de 7 ans 1/2
- hospitalisée en juillet 1960 pour pleurésie
- père en traitement pour tuberculose depuis juin.

Si on reprend chacune de ces observations on peut dire que pour les observations 1 - 2 - 4 6 et 7 le contage était massif. Pour les observations 1 - 2 et 5 le B.C.G. a été vraisemblablement pratiqué en pleine phase ante-allergique.

Dans le cas de l'observation nº 3 on peut

émettre l'hypothèse d'une contamination digestive à la période pré-vaccinale.

Pour le cas n° 8, si le B.C.G. est probable il n'a jamais été vérifié et on peut douter de la validité de cette vaccination.

En ce qui concerne les observations A et B des métropolitains, on peut noter que le premier enfant a été vacciné 5 mois, avant la découverte des adénopathies. La vaccination s'est donc probablement placée en pleine phase de contage.

Le second enfant a présenté une pleurésie alors que le B.C.G. était valable, bien fait et vérifié à plusieurs reprises. Il faut néanmoins préciser que cette pleurésie a été considérée comme tuberculeuse en raison de la découverte d'une tuberculose chez le père dans le mois précédent l'apparition de l'épanchement, et en raison de la bonne réponse à la thérapeutique, sans que la preuve étiologique ait été faite. On peut toutefois invoquer là aussi un contage massif.

Enfin les enfants concernés dans les observations 5 - 6 et 7, ont été considérés comme des primo-infections, en raison du contexte, bien qu'aucune image radiologique pathologique, n'ait été retrouvée. On n'est donc pas en droit d'affirmer qu'il s'est bien agi d'une tuberculose.

Au total, on note :

- deux fois un contage massif, plus une vaccination en pleine phase de contamination (1 - 2)
- deux fois un contage massif (4 - 7)
- trois fois une vaccination en pleine phase de contamination (3 - 5 - 6)
- deux fois des B.C.G., jamais vérifiés (8 - A)

- une seule fois un B.C.G. bien fait, vérifié à plusieurs reprises, mais avec un père bacillaire (B).

Le plus souvent, s'il existe une vaccination B.C.G., elle n'a jamais été vérifiée et plus grave encore, elle a souvent été mal faite, sans s'entourer du minimum de précautions voire même, comme dans l'observation n° 2, sans tests tuberculiniques préalables.

La vaccination B.C.G. pratiquée après découverte d'une tuberculose dans l'entourage, doit être faite dans des conditions particulières. Un B.C.G. mal fait, dans ces conditions ne sert à rien et contribue à dévaloriser cette vaccination auprès du public.

Pour éviter cette précipitation en cas de contage possible, pour éviter également un placement B.C.G., mal accepté dans une famille déjà touchée par la tuberculose, il est préférable de prévenir ces évènements. Il faut vacciner tôt, le plus tôt possible avant qu'il n'y ait des risques de contage. Si le risque est familial, l'enfant doit être vacciné très tôt, dans la période néonatale. Si les premiers mois de la vie doivent se passer dans une famille non infectée et non exposée, on peut reporter cette vaccination au 12e ou 18e mois, au moment où l'enfant va élargir son univers et où le risque de rencontre avec le Bacille de Koch augmente.

Rappelons le cas de cet enfant de 3 mois vacciné alors qu'il était en contact avec un tuberculeux depuis deux mois. Dans ce cas, plus que dans tous les autres, il est regrettable qu'il n'y ait pas eu de vaccination néonatale.

Nous avons ensuite considéré la fratrie des enfants figurant dans notre enquête et nous avons recherché l'existence d'une vaccination

B.C.G. chez les frères et soeurs (tableau).

La valeur protective du B.C.G. ressort d'une façon très nette de cette statistique.

| | MIGRANTS | NON MIGRANTS |
|---|---|---|
| Enfant de la fratrie avec B.C.G. et atteints | [illegible] | 0 |
| Enfants de la fratrie avec B.C.G. et non atteints | 38 | 60 |
| Enfants de la fratrie sans B.C.G. et atteints | 11 | 32 |
| Enfants de la fratrie sans B.C.G. et non atteints | 7 | 34 |
| Autres parents sans B.C.G. atteints (contaminateur exclu) | 4 | 1 |
| Enfants vivants hors du foyer | 12 | 18 |
| Absence de fratrie | [illegible] | 32 |
| Pas de renseignements | 3 | 4 |

A l'issue de cette étude médicale, on peut dire que les deux populations se différencient par un certain nombre de points.

On découvre plus souvent les primo-infections au cours d'enquêtes de dépistage pour les migrants et beaucoup moins souvent au cours des examens en vue d'une vaccination com-

me c'est le cas pour les métropolitains. Les étrangers présentent plus souvent d'emblée des troubles de ventilation, par contre les évolutions sont comparables, et il n'existe pas a priori, une plus grande gravité des primo-infections chez les migrants.

Par contre la prophylaxie est nettement moins re répandue et parait moins efficace chez les étrangers. Ceci est probablement conditionné par les conditions socio-économiques de cette population, que nous allons étudier plus loin.

-:-

## ETUDE SOCIALE

Nous avons ensuite procédé à une étude des conditions sociales et familiales, non seulement de nos enfants de migrants mais aussi des enfants métropolitains. Cette comparaison a pour but d'essayer de dégager les facteurs sociaux susceptibles d'influer sur cette maladie.

### REPARTITION PAR NATIONALITE.

Dans un premier temps nous avons voulu voir d'où venaient, et quelles étaient les origines de nos malades (Tableau).

Nous constatons ainsi que sur les 71 étrangers hospitalisés, nous comptons 51 Nord Africains. Nous n'avons pas pu faire la répartition par nationalité dans ce groupe, faute de précisions.

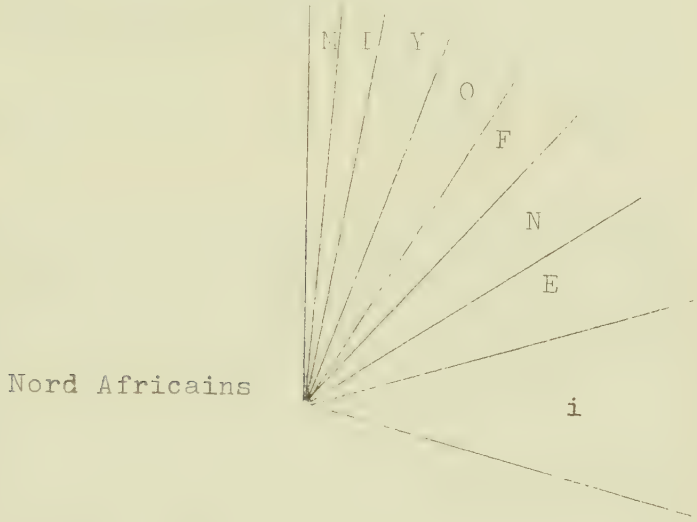
Les algériens représentent certainement la grande majorité de ces cas.

Les Nord-africains représentent 71,74 % des migrants hospitalisés pour primo-infection et 26,04 % de la totalité de nos cas.

Ce chiffre paraît important mais correspond à l'estimation faite en 1968, selon laquelle 19 % des hospitalisations (pour l'ensemble des maladies) intéressaient des enfants d'Afrique du Nord. En 1961 ce pourcentage n'était que de 15 %. Cette proposition élevée tient probablement à deux phénomènes.

| | | |
|---|---|---|
| Nord Africains | 51 | ( soit 71,74 % ) |
| Italiens | 6 | |
| Espagnols | 3 | |
| Africains Noirs | 3 | |
| Départements Outre Mer | 2 | |
| Français rapatriés | 2 | |
| Yougloslaves | 2 | |
| Indochinois | 1 | |
| Malgaches | 1 | |

M = Malgaches
I = Indochinois
Y = Yougoslaves
O = Départements O.M.
F = Rapatriés (Français)
N = Africains Noirs
E = Espagnols
i = Italiens




Nord Africains

1. Un taux d'hospitalisation des enfants Nord Africains très supérieur (le triple environ) à celui des enfants métropolitains.

2. Une croissance démographique tres forte de cette population.

Les conditions de logement paraissent responsables de ce taux élevé, comme elles peuvent expliquer, dans une certaine mesure, la décision d'hospitaliser des primo-infections qui tout compte fait, pouvaient parfaitement être traitées à domicile.

Nous reviendrons ultérieurement sur cette notion de logement.

28,6 % des autres cas étrangers se répartissent entre italiens, espagnols, yougoslaves, africains noirs, etc..., soit 10 % environ de tous nos cas de primo-infections. Le taux d'hospitalisation de l'ensemble de ces étrangers, représentait 3,4 % seulement en 1961.

Nous n'avons pas de chiffres récents et nous avons donc procédé à une enquête complémentaire, portant sur les entrées dans le service de Monsieur le Professeur MANDE à l'hôpital Bretonneau, au cours du 1er trimestre 1970.

18 % des hospitalisations de cet échantillonnage sont représentés par les enfants Nord Africains.

21 % sont des étrangers (Nord Africains exclus).

On peut donc estimer que le taux d'hospitalisation des Nord Africains se stabilise autour de 18 ou 19 %. Par contre la proportion des autres étrangers passe de 3,4 % en 1961 à 21 % en 1970. Sur la même période 1960-1969, le taux des primo-infections chez ces enfants

étrangers mais non Nord Africains ne représente que 10 % de la totalité de nos cas. On pourrait donc conclure, que la morbidité tuberculeuse, est particulièrement élevée chez les étrangers et principalement chez les Nord Africains. On doit tempérer cette affirmation en considérant qu'un grand nombre de primo-infections sont traitées en ville. Les chiffres de notre enquête n'intéressent que les hospitalisations, et si pratiquement, toutes les primo-infections touchant des étrangers sont hospitalisées, seuls les métropolitains les plus désavantagés figurent dans notre étude. Nous comparons donc des migrants et des autochtones qui sont dans les mêmes conditions socio-économiques.

On est surpris dans cette enquête de ne pas trouver de portugais mais cela tient probablement à l'absence de concentration portugaise dans le district de l'hôpital Bretonneau. D'après les sondages effectués auprès du Préventorium Albert Calmette, les petits portugais placés dans cet établissement, viennent surtout des départements limitrophes de la région parisienne : Loiret, Oise, etc...)

Une autre constatation intéresse les enfants originaires d'Afrique Noire ou des Antilles. Ils ne sont que 4 dans notre série de dossiers. Une enquête du Comité National de Défense contre la tuberculose révèle que 17,8 % des tuberculoses d'adultes hospitalisées en 1968, touchaient des Africains Noirs : et que dans la région parisienne ils représentaient 32,97 % des tuberculoses frappant des étrangers adultes. La différence entre nos chiffres et cette enquête de 1968 s'explique facilement, par le fait que ces noirs africains, maliens en majorité, sont célibataires.

-:-

## TRANSPLANTATION ET CONTAGE.

Tous les enfants figurant dans notre enquête, et qualifiés d'étrangers, ne sont pas forcément nés hors de France. De même un certain nombre d'enfants sont issues d'unions mixtes (1 seul des parents est étranger) (7 cas).

Dans notre enquête, c'est toujours le père qui est étranger, mais l'enfant ne porte pas toujours son nom.

Sur nos 71 enfants étrangers, 31 seulement sont nés hors de France. Pour 11 enfants nous n'avons pas de notion sur leur lieu de naissance et 29 enfants ont vu le jour en métropole. Précisons que nous avons fait entrer dans cette catégorie deux enfants rapatriés d'Afrique du Nord, et ayant présenté une primo-infection dans les semaines suivant leur arrivée en France.

### TRANSPLANTATION

- 19 nés à l'étranger et en France depuis moins d'un an.
- 12 nés à l'étranger et en France depuis plus d'un an.
- 29 enfants sont nés en France.
- pour 11 il n'y a pas de renseignements.

Pour les 31 enfants nés hors de notre pays, la transplantation est intervenue 19 fois dans l'année précédant leur hospitalisation pour primo-infection.

Pour ces enfants, la transplantation parait avoir joué un rôle favorisant ou déclenchant.

Nous avons alors tenté de localiser la contamination c'est-à-dire de savoir si cette contamination avait eu lieu hors de France, ou bien en Métropole.

13 fois nous avons retrouvé de façon certaine une contamination hors de France. Un certain nombre de cas, sont donc importés.

Dans 31 cas le contact avec le Bacille de Koch s'est fait de façon certaine en France, car on connait le contaminateur.

13 enfants ont certainement été contaminés en métropole, bien qu'on ne connaisse pas l'agent contaminateur, car ces enfants sont nés et ont toujours séjourné en France.

Enfin dans 14 observations, ou bien le contage est inconnu, ou bien on n'a pas de précision sur la durée du séjour en France, pour apprécier si la contamination est métropolitaine ou non.

En définitive 44 enfants au moins on contacté leur maladie en France. Il est à noter cependant, qu'un seul français est à impliquer dans ces contaminations métropolitaines.

## LE CONTAGE

Nous avons repris nos comparaisons entre les deux populations à propos des contaminations (Tableau).

La mère parait beaucoup plus souvent responsable dans le groupe des métropolitains que dans celui des migrants. On peut attribuer cette fréquence élevée au fait que ces femmes travaillent souvent, et sont donc plus exposées, que les femmes nord africaines, par exemple, qui restent au foyer. La contamination par les grands-parents est excessivement fréquente pour les étrangers. Elle entre dans une grande part

## L'AGENT CONTAMINATEUR

| AGENT CONTAMINATEUR | MIGRANTS | | NON MIGRANTS | |
|---|---|---|---|---|
| | Nombre | % | Nombre | % |
| Père | 13 | 18 | 21 | 17 |
| Mère | 2 | 3 | 16 | 13 |
| autre parent | 20 | 28 | 17 | 14,6 |
| personne ayant la garde | 0 | | 4 | 3 |
| voisin | 5 | 7 | 8 | 7,4 |
| X ? | 31 | 44 | 56 | 45 |

dans la catégorie des primo-infections importées (grands-parents tuberculeux en Algérie)/

D'autres contaminations sont dues aux oncles ou tantes, conséquence de la promiscuité de ces familles.

L'enfant métropolitain, court aussi le risque d'une contamination par sa nourrice et la famille de celle-ci. Cette probabilité est inexistante pour l'enfant de travailleur migrant, qui reste dans sa cellule familiale.

Dans notre enquête 1 seul cas est à attribuer à une institutrice.

L'enquête médicale et sociale, ne retrouve pas, l'agent contaminateur, dans une proportion importante. Il est difficile de retrouver tous les gens en contact avec l'enfant atteint de primo-infection, surtout dans les familles nombreuses, comme le sont les familles étrangères. La promiscuité dans laquelle vivent ces familles, est un facteur d'échec à ce genre d'enquête. Il est à remarquer que le pourcentage d'échecs est sensiblement le même dans les deux populations. Les conditions de l'enquête sont en effet très comparables, dans les milieux métropolitains amenés à faire hospitaliser leurs enfants pour une primo-infection et chez les migrants.

## LIEU DU CONTAGE POUR LES MIGRANTS

13 contages hors métropole
31 contages en métropole d'une façon certaine (contaminateur connu)
13 contages probables en métropole car enfants toujours en France depuis leur naissance.
14 cas où le contage est inconnu ou bien pas de notions sur la durée du séjour en métropole.

## LES AGES

Nous avons classé nos dossiers en 5 catégories :

- enfants de moins d'un an
- enfants âgés de 1 à 2 ans
- enfants de 2 à 5 ans
- enfants de 5 à 10 ans
- enfants de plus de 10 ans.

La comparaison des chiffres de chacune de ces catégories, montre l'identité des deux populations.

Par contre il apparait que ces tuberculoses initiales sont plus fréquentes avant 2 ans et surtout entre 1 et 2 ans.

Au total 70 enfants sur nos 196 cas avaient moins de deux ans lorsqu'ils ont été hospitalisés. On peut dire qu'un grand nombre de ces enfants auraient probablement bénéficié d'une vaccination antituberculeuse précoce.

LE AGES

| | MIGRANTS | NON MIGRANTS |
|---|---|---|
| moins d'un an | 8 | 19 |
| 1 à 2 ans | 13 | 30 |
| 2 à 5 ans | 31 | 47 |
| 5 à 10 ans | 16 | 22 |
| plus de 10 ans | 3 | 6 |

## LE LOGEMENT

La grande majorité des enfants hospitalisés appartiennent à des catégories sociales défavorisées. Les conditions de logement traduisent dans une certaine mesure, le niveau de vie de ces familles. Notre enquête s'est attachée à classer les logements comme suit :

- bidonvilles ou cités d'urgences
- 1 pièce sans confort ou chambre d'hôtel, où loge de concierge
- logement de 2 pièces et plus avec confort moyen
- HLM ou équivalent en nombre de pièces
- autres logements

39 enfants étrangers sur 71 vivent dans des logements d'une ou deux pièces sans confort.

### CONDITIONS DE LOGEMENT

| MIGRANTS | | NON MIGRANTS |
|---|---|---|
| 1 | bidonvilles cités d'urgence | 2 |
| 24 | hôtel 1 piece sans confort, loge de concierge | 32 |
| 14 | 2 pièces ou plus avec confort moyen | 25 |
| 4 | H L M | 16 |
| 1 (villa) | autres | 1 (villa) |
| 23 | non connus | 48 |

Quand on constate que 23 fois, il n'a pas été possible d'obtenir des précisions sur le logement, il apparaît que 6 de ces enfants sur 10 au moins, vivent dans des logements que l'on peut qualifier d'insalubres.

La comparaison avec la population métropolitaine, qui constitue la clientèle hospitalière est significative. 59 enfants de ce groupe, vivent dans des logements de 2 pièces ou moins, sans confort.

33 % des étrangers vivent dans une seule pièce contre 24 % des métropolitains.

Les conditions de logement sont donc un peu moins désastreuse pour les français. En particulier, un plus grand nombre, accèdent à des HLM.

Dans quelques cas on a eu la notion d'une amélioration des conditions de logement au cours de la maladie de l'enfant, après intervention des services sociaux.

L'influence des conditions d'habitation est prépondérante sur l'hospitalisation des enfants. Il est à noter qu'une certaine amélioration paraît se dégager de cette étude par rapport à l'enquête effectuée par le Docteur STRAUS en 1961, ou 41,9 % des enfants hospitalisés, vivaient dans des logements d'une pièce et 9 % dans des logements de fortune.

Rappelons que sur nos 196 enfants 3 seulement vivaient en bidonvilles ou cités d'urgence.

Bien que les chiffres de notre enquête portent sur un nombre restreint de dossiers, on peut penser que nos chiffres sont significatifs et qu'ils traduisent une amélioration des conditions de logement.

LE MILIEU SOCIAL.

Il ne nous a pas été possible de connaître la profession des parents des enfants hospitalisés. Cette rubrique ne figurait pas dans les dossiers médicaux du service jusqu'il y a 1 an environ.

Le Docteur HANOTEAU a bien voulu nous communiquer la répartition par catégories professionnelles, pour les familles des enfants placés à Yerres. On peut admettre, le recrutement étant semblable, que ces indications sont valables pour nos dossiers.

En 1968, sur 300 enfants on comptait :

117 parents ouvriers
74 manoeuvres
26 employés de bureau
12 femmes de ménages
6 employés de maison
4 forains
4 concierges
3 serveuses de restaurant, café, bar
etc...

Ces chiffres concordent avec la statistique du Comité National de Défense contre la tuberculose selon laquelle 87 % des tuberculeux de nationalité étrangère sont classés manoeuvres ou ouvriers.

Ce sont donc dans les 2 populations des familles à revenus médiocres, mal logées, vivant dans des conditions de surpeuplement, qui sont électivement touchées par la tuberculose.

Il n'est donc pas étonnant de retrouver à l'hôpital, les enfants de ces familles, lorsqu'ils présentent une primo-infection.

LA FAMILLE

Il nous a paru intéressant de comparer les structures familiales de deux populations. On ne peut pas établir de statistiques précises, d'après nos dossiers, sur la situation des familles.

Il semble pourtant, que les familles étrangères soient normales, tout au moins lorsque les parents sont tous deux étrangers.

Par contre il y a parmi les familles métropolitaines ou dans les familles mixtes un nombre important de divorces, dissociations, abandon de domicile.

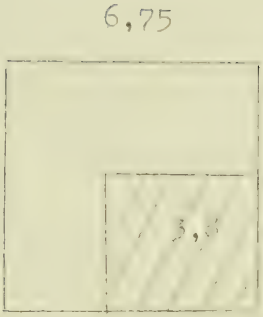
D'autre part nous avons pu établir de façon plus précise, la composition des familles.

On compte dans les familles françaises 1,7 enfants en moyenne. Chez les migrants ce chiffre s'élève à 3,8. La différence est encore plus nette, quand on établit la comparaison entre les deux populations, sur le nombre de personnes vivant sous le même toit.

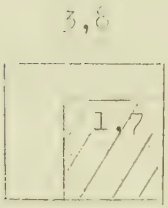
. 3,83 chez les métropolitains
. 6,75 chez les migrants

Quand on songe que ce toit, ne représente souvent qu'une pièce unique les deux chiffres cités plus haut, n'en deviennent que plus éloquents.

Dans cet aspect de la tuberculose, maladie sociale, le logement joue un rôle prépondérant.




Migrants




Non migrants

nombre de personnes au foyer

légende

nombre d'enfants

L'HOSPITALISATION.

On a vu, dans ce qui précède, l'importance des conditions socio-économiques sur l'hospitalisation. On a donc essayé de noter le retentissement de ces mêmes conditions sociales sur la durée de l'hospitalisation dans les deux populations.

Lors de son enquête en 1961, le Docteur STRAUS avait noté que les primo-infections étaient hospitalisées 49,7 jours en moyenne, alors que 60 % des enfants restaient moins de 15 jours à l'hôpital, pour d'autres affections.

Notre étude montre que 10 ans après, la durée de l'hospitalisation des primo-infections est remarquablement stable.

Nous trouvons en effet une hospitalisation moyenne de 50 jours pour les enfants étrangers et de 43 jours 1/2 pour les français.

Il existe une légère différence entre les deux groupes, qu'il est difficile d'expliquer.

On ne peut pas en effet placer sur le même plan une primo-infection limitée à un virage simple des tests tuberculiniques, et des atteintes pulmonaires sévères ou des méningites tuberculeuses. Mais en examinant de plus près ces différents cas, il n'apparaît pas que la durée de l'hospitalisation soit proportionnelle à la seule gravité de la forme de primo-infection.

Dans un bon nombre de cas, ce sont les conditions sociales des familles qui motivent l'hospitalisation et ce sont les mêmes raisons qui prolongent cette hospitalisation.

Cette prolongation peut s'expliquer par la grande fréquence des placements secondaires en

établissement spécialisés (mis en route de la demande de placement - impossibilité de rendre même provisoirement, les enfants à leur famille).

La durée de l'hospitalisation s'explique également par la nécessité de pratiquer un bilan complet, radiologique et biologique et par le renouvellement de ces examens. Enfin la mise en train et la surveillance du traitement nécessite quelques semaines.

LA SORTIE DE L'HOPITAL.

Les enfants atteints de primo-infections pourraient pour la plupart, être rendus à leur famille, à condition de poursuivre un traitement et de subir une surveillance radio clinique régulière.

Mais il faudrait être certain, qu'ils y fussent soustraits à toute possibilité de surinfection, et que l'hygiène de vie y soit satisfaisante.

C'est parce que ces conditions ne peuvent être qu'exceptionnellement réunies que l'orientation préventoriale est fréquente et même dans une certaine mesure la règle.

Nous avons hospitalisé en 1969 trois enfants d'une même famille, contaminés par leur père. Il s'est passé quatre mois entre la découverte de la tuberculose chez le chef de famille et l'admission des enfants. A la sortie de l'hôpital les enfants ont été rendus à la mère, car le père s'était décidé à rentrer dans un sanatorium. Mais quelques mois, après, nous avons appris que le pere était sorti du sanatorium contre avis médical, et que les enfants n'étaient pas revenus en consultation à l'hôpital, ni au dispensaire dont ils dépen-

daient.

De tels faits ne sont pas exceptionnels et expliquent la tendance au placement secondaire à l'hospitalisation. En effet à la sortie de l'hôpital 56 enfants sur 71 migrants ont été dirigés sur des établissements spécialisés soit 78 %.

106 enfants français sur 125 se sont trouvés dans les mêmes conditions, soit 84,8 %. Nous verrons ultérieurement l'avenir de ces enfants placés.

15 étrangers sont retournés chez eux à la sortie de l'hôpital. L'analyse de ces cas permet de distinguer trois catégories :

- les sorties contre avis médical
- les formes simples sorties avec ou sans traitement
- les sorties avec traitement pour une forme plus complexe.

Dans quatre cas il y a eu sortie contre avis médical. Les enfants ne sont jamais revenus en consultation et on ne connait pas leur avenir.

Une autre fois l'enfant est revenu à la consultation et le placement a été accepté dans un second temps après apparition de troubles de ventilation.

Six enfants qui n'avaient présenté qu'un virage de tests tuberculiniques sont rentrés chez eux apres une breve hospitalisation. Pour trois d'entre eux il n'y avait pas de traitement à poursuivre, et d'ailleurs deux fois, la sortie de l'hôpital à coïncidé avec le retour au pays d'origine. Les trois autres enfants devaient revenir en consultation après un traitement de 3 mois. Un seul s'est présen-

té régulièrement. Les autres enfants ont échappé à notre surveillance.

Enfin, 4 fois l'atteinte était plus sévère (adénopathies bronchiques et troubles de ventilation). Les enfants furent autorisés à sortir de l'hôpital, avec un traitement : un seul de ces enfants a été revu à la consultation et pendant 4 mois seulement.

On a alors examiné, les conditions de sortie de l'hôpital, au dehors du placement, pour les enfants métropolitains.

Il n'y a eu que 19 retours au domicile pour ce groupe.

Trois enfants sont sortis sur demande des parents et confiés à des médecins de ville. Un seul de ces enfants est revenu à la consultation et a été orienté, en fin de compte, sur un placement après une complication.

Huit enfants métropolitains, qui ne présentaient qu'un simple virage des tests tuberculiniques, sont sortis avec un traitement et pour trois d'entre eux devaient se faire suivre par un médecin de famille. Un enfant a suivi sa famille en Afrique du Sud. Enfin les quatre autres enfants n'ont jamais été revus à la consultation du service, comme il était prévu.

8 enfants sur ces 19 sorties sans placements, présentaient des adénopathies bronchiques ou des troubles de ventilation. Un de ces enfants s'est d'ailleurs révélé bacillifère apres sa sortie de l'hôpital. Tous ces enfants sont sortis avec une ordonnance, cinq adressés à des médecins de ville et 3 confiés à la consultation du service.

Un seul de ces enfants est revenu régulière-

ment et a été suivi 16 mois.

L'enfant pour lequel on avait découvert un Bacille de Koch, est revenu pour un court séjour et a été dirigé ensuite sur BULLION.

Enfin le dernier enfant a échappé à notre surveillance.

Quand on compare les deux populations, on est amené à deux conclusions :

(1) - un certain nombre d'enfants sortent contre avis.
(2) - les autres échappent à la surveillance de l'hôpital.

On peut évidemment espèrer que ces enfants sont suivis par leur médecin de famille ou dans les OPHS et dispensaires. Le même problème se pose à la sortie du placement. Nous verrons ultérieurement ce qu'il faut penser de ce défaut dans la surveillance.

MODE DE SORTIE DE L'HOPITAL

| | MIGRANTS | NON MIGRANTS |
|---|---|---|
| à domicile | 15 | 19 |
| placement | 56 | 106 |
| inconnus | 0 | 0 |

LE PLACEMENT.

Les enfants du service ont été dirigés sur différents établissements : Bullion, Yerres, Brévannes principalement.

La durée du séjour y est fonction de l'âge de l'évolution.

Les 56 enfants étrangers, placés, ont séjourné en moyenne 11 mois 1 jour dans ces établissements, tandis que les 106 français sont restés 10 mois et 5 jours.

Le placement des enfants de migrants est notablement plus long, et si on l'ajoute à l'hospitalisation également plus longue la répercussion sur la durée totale du traitement est importante.

Nous avons analysé la durée du séjour préventorial entre 1960 et 1964 puis pour la période 1965-1969. Nous avons constaté une évolution inverse pour les deux populations : allongement pour les migrants.

- séjour plus court pour les français.

(voir courbe p. 65)

On mesure aussi la répercussion socio-économique du placement de ces enfants de travailleurs migrants.

Nous avons interrogé les médecins-directeurs de Bullion et de Yerres. Ils nous ont communiqué leurs impressions et nous ont fait part de leur expérience.

Il leur apparaît qu'il n'y a pas de différences notables entre les 2 populations, tant pendant le séjour qu'au moment de la sortie.

Pendant le séjour, les parents métropolitains sont peut être plus difficilement con-

vaincus de l'opportunité et de l'efficacité du placement, s'inquiètant aupres des médecins chefs de l'évolution des traitements, voire même discutant ces traitement, alors que les parents migrants font plus confiance aux médecins, dès qu'ils ont compris que leurs enfants ont intérêt à rester dans l'établissement jusqu'à la guérison. Résignation ? Fatalisme ? Discipline ? Peut-être au fond complexe d'infériorité du transplanté ! nous ne pouvons trancher.

Sur le plan familial, les transplantés sont généralement plus unis. Il n'y a pas d'espacement des visites, même quand celles-ci sont une charge pour la famille. Chez les Nord Africains, le père au moins se déplace, pour rendre visite à ses enfants.

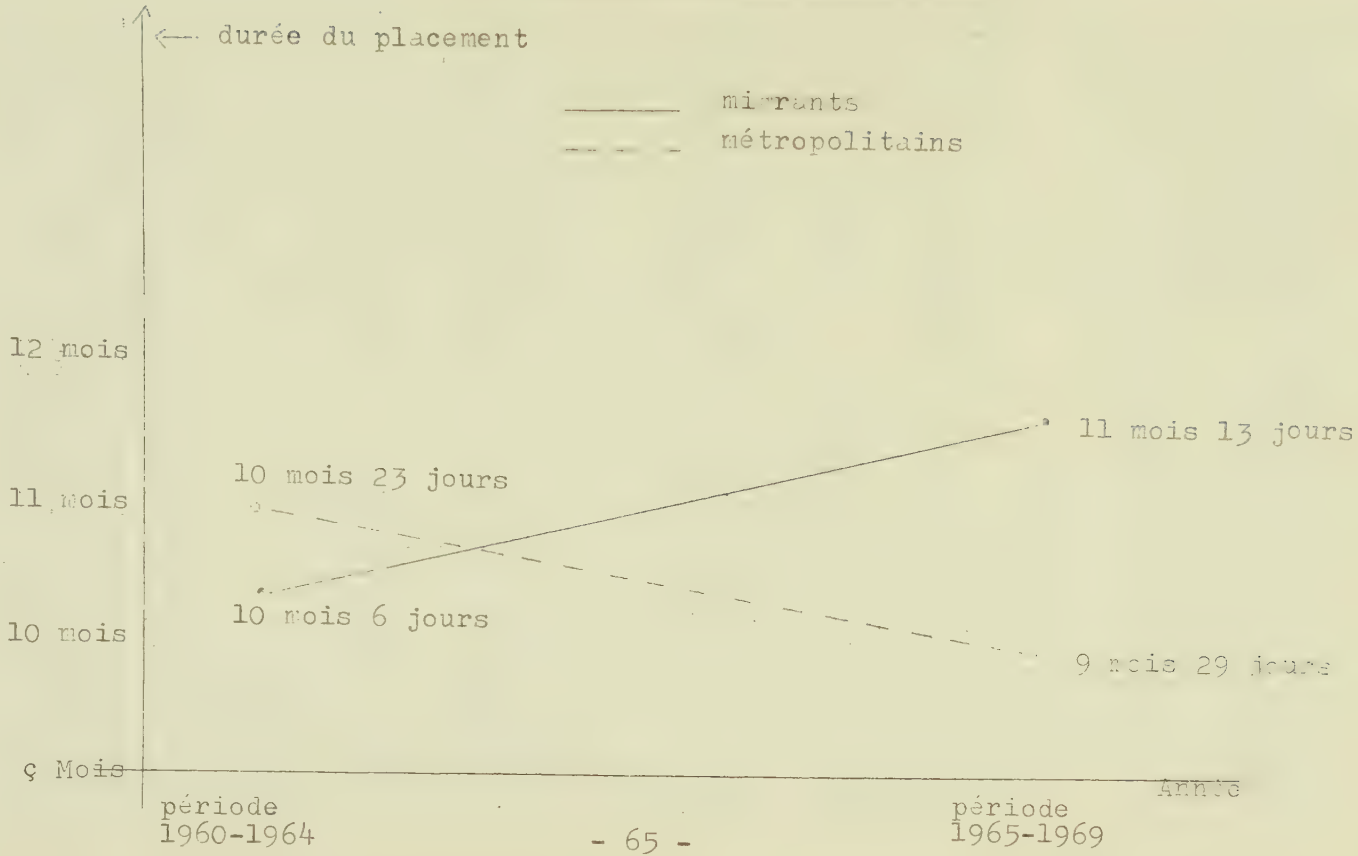
On ne note pas de rejet des enfants et la réinsertion dans la famille, après la sortie est paraît-il excellente, Les problèmes linguistiques, ne sont pas si importants qu'on pouvait le penser.

Le placement d'enfants en pleine période d'acquisition du langage, pourrait créer une difficulté à la sortie, lors de la réinsertion dans une famill e qui ne parle pas la même langue, mais l'adaptation est facile chez les enfants en bas âge.

Pour les enfants plus âgés, au contraire, le placement est l'occasion d'apprendre un français correct et au retour dans la famille ils servent d'interprète et leur place dans la cellule familiale en est renforcée.

La famille métropolitaine est peut-être plus souvent ébranlée par la séparation d'un ou plusieurs enfants. La situation de la famille change parfois au cours du séjour, divorce, mésentente etc... La réinsertion est alors

DUREE DU PLACEMENT - EVOLUTION



perturbée et quelques placements secondaires à la cure préventoriale sont parfois nécessaires (déchéance familiale - instance de divorce - abandon du foyer par un des parents). Il ne faut pas exagérer l'importance de ces cas, relativement rares, mais plus fréquents parmi les français que chez les étrangers.

SORTIE DU PLACEMENT.

Après un séjour de 10 ou 11 mois en moyenne, les enfants quittent le préventorium. La plupart attendent patiemment l'autorisation médicale mais certains sortent contre avis. Cinq migrants et cinq français de notre échantillonnage sont dans ce cas.

Mais si trois étrangers sont revenus sur leur décision, dans un 2e temps, et ont repris leur place au préventorium, aucun des autres enfants n'a été revu par l'hôpital.

Dans quelques cas les enfants sortent du placement avec un traitement de consolidation à faire à domicile. En fait cette decision correspond plus à une mesure psychologique que médicale. Les enfants qui sortent sont considérés comme guéris. On espère, avec ce traitement, amener ces enfants à consulter, après la sortie, afin d'exercer une surveillance. Les enfants sont tous confiés, qu'ils aient ou non un traitement, à des médecins de ville, des dispensaires, ou à la consultation de l'hôpital.

Nous avons pris contact avec les différents dispensaires pour connaître l'histoire des enfants après leur placement. Des quelques réponses que nous avons eues, il ressort que la surveillance semble s'exercer assez longtemps pour la majorité des enfants. Nous avons même un enfant suivi pendant 4 ans. Malheureusement

il y a aussi des enfants qui ne sont pas revus et qui ne répondent pas aux convocations, ou qui déménagent et échappent en fin de compte à une surveillance cohérente.

En ce qui concerne les enfants qui devaient revenir à la consultation de service, 3 enfants de migrants sur 12 et 7 sur 13 français, seulement ont été revus quelque fois.

Nous avons déjà noté qu'à la sortie de l'hospitalisation il y avait un hiatus dans la surveillance. On peut tenter d'expliquer ces faits :

- la consultation d'hôpital est souvent éloignée du domicile, mal commode à cause des attentes trop longues et des horaires de convocation. Cette consultation entraîne souvent d'autres rendez-vous pour des examens complémentaires, qui eux-mêmes justifient d'autres consultations, d'où nombreux déplacements et coût assez important en définitive.

- le dispensaire est plus proche du domicile, plus commode pour les familles mais à l'occasion de déménagement, la surveillance est interrompue.

Si beaucoup d'enfants métropolitains sont confiés à la sortie à un médecin de ville, cette éventualité est rare chez les enfants migrants.

Il s'agit presque toujours du médecin qui avait préconisé l'hospitalisation initiale. Or très souvent ce médecin n'est qu'occasionnel et ne connait pas la famille et n'a pas l'autorité nécessaire pour convaincre les familles. Enfin et surtout, l'insuffisance des ressources de la famille, qui redoute les frais médi-

SORTIE DU PLACEMENT

| | MIGRANTS | | NON MIGRANTS | |
|---|---|---|---|---|
| | Nombre | % | Nombre | % |
| Contre avis médical (sans retour) | 2 | 3,7 | 5 | 4,8 |
| Contre avis médical (avec 2e séjour) | 3 | 5,4 | 4 | 3,8 |
| Sortie avec traitement | 15 | 26,7 | 19 | 17,3 |
| Sortie sans traitement | 23 | 41 | 56 | 52,6 |
| Autres | 1 | 1,8 | 5 | 4,5 |
| Inconnue ou placement en cours | 12 | 21,4 | 22 | 20,5 |

caux, et la charge des ordonnances, pousse ces familles à abandonner le médecin traitant. Ils se replient alors quelquès fois sur des dispensaires, mais il est probable que les enfants qui se portent bien, terminent dans les meilleurs cas le traitement préconisé à la sortie du placement, et ne se présentent plus à aucune consultation.

MODE DE SURVEILLANCE & LA SORTIE DU PLACEMENT

| | MIGRANTS | | NON MIGRANTS | |
|---|---|---|---|---|
| Dispensaire | 18 | 32,1 | 16 | 15,08 |
| Consultation hôpital | 12 | 21,4 | 13 | 12,26 |
| Médecin de ville | 8 | 14,3 | 33 | 31,13 |
| Placement | 1 | 1,8 | 1 | 0,97 |
| Sans surveillance ou sans renseignements ou encore au placement | 17 | 30,4 | 43 | 40,56 |
| | Nombre | % | Nombre | % |

## CONCLUSIONS

-:-

1. Notre étude a pour point de départ la constatation que 30 % des hospitalisations pour primo-infection tuberculeuse à l'hôpital Bretonneau intéressent des enfants de travailleurs migrants. Ce pourcentage est beaucoup plus important qu'il ne devrait l'être comparé à la proportion de la population étrangère dans la région parisienne. Parmi ces étrangers, plus de la moitié sont des nord-africains.

Tout au long de cette étude portant sur près de 200 cas de primo-infection, observés sur 10 ans, nous nous sommes attachés à comparer les caractères, tant séméiologiques que sociaux, des cas de tuberculose initiale chez les enfants de travailleurs migrants et les enfants métropolitains.

2. Il ressort de cette enquête que la moitié seulement des enfants des deux groupes sont hospitalisés avec un diagnostic de primo-infection. Pour les migrants, la découverte de l'allergie tuberculinique est faite dans 50 % des cas au décours d'un enquête de dépistage apres apparition d'une tuberculose dans leur entourage, et exceptionnellement au cours d'un examen pré-vaccinal.

Par contre, les primo-infection des enfants métropolitains sont révélées autant au cours d'examens pré-vaccinaux (15 cas) qu'à l'occasion d'une enquête de dépistage (13 cas).

3. Sur le plan clinique, nous avons montré que les formes de début de la maladie étaient semblables dans les deux populations, à l'exception cependant des troubles de ventilation que l'on trouve souvent d'emblée chez les migrants (preuve d'une évolution négligée jusqu'ici).

4. L'évolution de la maladie est identique sur le plan clinique dans les deux groupes humains. Par contre la durée de l'hospitalisation, du placement et, par là du traitement est plus longue chez les enfants étrangers.

5. La nécessité de l'hospitalisation et des placements secondaires de ces enfants primo-infectés, s'explique moins en raison de la gravité de leur état, que par la nécessité de les soustraire à un milieu familial dangereux ou insuffisamment armé.

6. Il existe chez les enfants de travailleurs étrangers, un certain nombre de cas qui sont survenus malgré une vaccination BCG antérieure (8 cas sur 71 primo-infections). Cette éventualité est beaucoup plus rare dans la population française de notre échantillonnage (2 cas sur 125). L'analyse des observations a montré que l'on pouvait incriminer une vaccination mal faite, non vérifiée, sans test préalable, sans isolement quand celui-ci s'imposait, alors que les enfants étaient soumis à des contages massifs, permanents voire multiples.

Cela ne met pas en cause la valeur protectrice du BCG qui reste bonne.

Nous avons étendu notre enquête aux enfants de la fratrie et de l'entourage immédiat. Nous avons ainsi pu constater que les primo-infections ne touchaient exclusivement que les

enfants non vaccinés et ceci 15 fois pour 22 enfants étrangers et 33 fois pour 67 enfants métropolitains. Par contre aucune manifestation pathologique n'a été relevée parmi les enfants vaccinés et cela dans les deux populations.

7. Les conditions de vie des travailleurs migrants sont généralement mauvaises :

- logements insalubres, trop petits.
- familles nombreuses.
- niveau économique bas.

Ces conditions socio-économiques défavorables ne sont pas l'apanage des seuls étrangers, mais il est très probable que les enfants métropolitains qui figurent dans notre enquête ne représentent que la partie la plus défavorisée de cette population et que la plupart des primo-infections, touchant des petits français, sont traités à domicile.

8. Dans ces conditions, le BCG paraît devoir être fait le plus tôt possible et mériter une priorité dans le calendrier des vaccinations pour conserver pleinement sa valeur protectrice.

-:-

Vu :
Le Président :
Signé : R. MANDE

Vu :
Le Doyen :
Administrateur provisoire
de la Faculté de Médecine
Signé : G. BROUET

Vu et Permis d'Imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
Signé : R. MALLET

## BIBLIOGRAPHIE

1. AMZALLAC.
A propos de 3 cas de tuberculose survenue chez des enfants correctement vaccinés par B.C.G.
Thèse Méd. Paris, 1966.

2. BENOIST-EVEN
Le problème de la revaccination par le B.C.G.
Thèse Méd. Paris, 1963.

3. BERTHET, BONDET.
La lutte anti-tuberculeuse.
Thèse Méd. Lyon, 1960.

4. BETHOUX L.
Résultats de 300 vaccinations par le B.C.G. / S pratiqués chez des nourrissons nés de parents tuberculeux.
Bull. Ac. Nat. Méd. Paris, 1952 (116-543)

5. BARUCH, HAGUENAEUR (J.).
Conduite à tenir lorsque la séparation du contagieux n'est pas possible ou doit être retardée.
An. Ped., n° 8, 1967.

6. DALSTROM G.
Tuberculosis in B.C.G. vaccinated and non vaccinated young adults. A comparative pronostic study.
Acta Tuberc. Scandinav., 1953.

7. FOURESTIER M.
Etude de la tuberculose observée après prémunition B.C.G. L'expérience de Montreuil 1948-1965.

8. GERBEAUX J., HEBERT-JOUAS J.
Etude de cent observations d'enfants vaccinés par le B.C.G. et hospitalisés avec le diagnostic de primo-infections tuberculeuses de 1954 à 1969.
An. Ped., n° 8, 1967.

9. LOTTE A., et ROUILLON A.
Remarques sur l'épidémiologie de la tuberculose et sur la lutte anti-tuberculeuse.
Pédiatrie, 1962, n° 17, 723.

10. MANDE R.
Manuel pratique de vaccination B.C.G.
Centre International de l'Enfance.
Flammarion, 1966.

11. MANDE R. et FILLASTRE.
Devenir des enfants vaccinés, remis en contact.
An. Ped., 8, 1967.

12. MONNET P. et GUERRIER G.
Diminution de fréquence des primo-infections tuberculeuses en fonction de l'application du vaccin B.C.G.
An. Ped., n° 8, 1967.

13. STRAUS P.
L'hospitalisation des enfants, monographie de l'Institut national d'hygiène, n° 23-1961.

14. Les enfants de travailleurs migrants
Informations sociales n° 5 et 6, 1969.

15. Enfants Nord Africains dans les Hôpitaux.
Cahiers Nord Africains, n° 87, 1962.

-:-